

71

L'adomantinome kystique uniloculaire

Etude anatomo-clinique et thérapeutique

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

PETKOFF (Niko)

Diplômé Chirurgien-Dentiste

né le 4 octobre 1911, à Pissarevo (Bulgarie)

Examineurs de la Thèse : { MM. JACQUES, Professeur Président.
M. PERRIN, Professeur . . . }
AUBRIOT, Docteur } Juges.
ROSENTHAL, Docteur . . . }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS

Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938

L'adomantinome kystique uniloculaire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'adomantinome kystique uniloculaire

Etude anatomo-clinique et thérapeutique

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

PETKOFF (Niko)

Diplômé Chirurgien-Dentiste

né le 4 octobre 1911, à Pissarevo (Bulgarie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. JACQUES, Professeur.....	Président.
		M. PERRIN, Professeur ...	Juges.
		AUBRIOT, Docteur.....	
		ROSENTHAL, Docteur	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, C ✱, I ☉

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, ✱, I ☉; WEISS, O ✱, I ☉;
BOUIN, O ✱, I ☉; ANCEL, ✱, I ☉; GARNIER, ✱, I ☉; MACÉ, ✱, I ☉;
P. PARISOT, O ✱, I ☉; DUFOUR, ✱, I ☉;
HOCHÉ, O ✱, I ☉; FRÉLICH, ✱, I ☉; LAMBERT, ✱, I ☉.

PROFESSEURS:

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C ✱, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHINSHOLZ, O ✱, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, ✱, I ☉.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O ✱, I ☉.
Histologie	M. R. COLLIN, ✱, I ☉.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O ✱, I ☉.
Clinique médicale	M. L. RICHON, ✱, I ☉.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, ✱, I ☉.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, ✱, I ☉.
Hygiène et médecine sociale	M. J. PARISOT, C ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, ✱, I ☉.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, ✱, I ☉.
Physiologie	M. SANTENOISE, ✱, I ☉, A ☉.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, ✱, I ☉.
Bactériologie et parasitologie médicale.....	M. DE LAVERGNE, ✱, I ☉.
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, I ☉.
Clinique gynécologique	M. BINET, ✱, I ☉.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHELÉMY, ✱, I ☉.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, ✱, I ☉.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, I ☉.
Professeur sans chaire	M. L. JOB, ✱, I ☉.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. ABEL, ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I ☉, professeur.
Pathologie externe	M. DROUET, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. GUILLEMIN, I ☉, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, ✱, I ☉, profess.
Electrothérapie et radiologie.....	M. DROUET, I ☉, agrégé.
Accouchements (cours théorique).....	M. G. LAMY, ✱, I ☉, ch. du c.ag. 1.
Obstétrique	M. JOB, ✱, I ☉, prof. sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurgicale	M. VERMELIN, ✱, I ☉, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. CHALNOT, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, ✱, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, ✱, I ☉, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, ✱, docteur.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, I ☉, prof.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, ☉, docteur.
	M. DOMBRAY, ☉, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. FLORENTIN, ☉	MM. WOLFF, A ☉.	MM. GUILLEMIN, I, ☉.
BODART.	MELNOTTE, O ✱.	ABEL, ✱, A ☉.
CHALNOT.	MUTEL, ✱, I ☉.	DROUET, I, ☉.
	VERMELIN, ✱, A ☉.	KISSEL.

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, ✱, I ☉; S. RÉMY, I ☉; BUSQUET, I ☉;
LAMY, ✱, I ☉.

M. E. TRIBOLET, I ☉, Secrétaire.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES TRÈS CHERS PARENTS

*Je leur offre cette humble preuve de
ma gratitude et de mon très grand
amour filial.*

A MON ONCLE NICOLAS

A TOUS LES MIENS

A mes Amis

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR JACQUES

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologie
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse. Il nous a inspiré le
sujet et nous a dirigé dans son élaboration.
Nous le prions de trouver ici le
témoignage de notre vive reconnaissance.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR PERRIN

Professeur de la Clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR AUBRIOT

Chargé de Cours de Propédeutique O.-R.-L.

M. LE DOCTEUR ROSENTHAL

Directeur de l'Institut dentaire

*Témoignage de profonde gratitude
pour l'honneur qu'ils nous ont fait en
acceptant de juger notre thèse.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FLORENTIN

*Nous le remercions tout particulière-
ment ici, pour l'aide précieuse qu'il nous
a apportée dans ce travail.*

INTRODUCTION

Les tumeurs liées au système dentaire comprennent des affections de structures très diverses, comme aspect extérieur et comme marche. Il en est de solides, de plus ou moins dures, ou molles; de kystiques, à un plus ou moins grand nombre de loges. Parmi ces tumeurs il en est de bénignes, d'autres qui récidivent sur place; quelques-unes se généralisent, mais ces dernières sont excessivement rares.

Du point de vue clinique et thérapeutique, le problème se simplifie et se réduit à l'étude de quatre types de tumeurs:

1° des tumeurs épithélio-conjonctives, avec ou sans productions kystiques, avec ou sans productions dentifiées;

2° des tumeurs amorphes, uniquement constituées de grains d'émail et d'ivoire;

3° des tumeurs purement kystiques: kystes dentifères et kystes radiculo-dentaires;

4° des dentomes, c'est-à-dire des tumeurs surdentes évaluées.

Nous ne nous occuperons que des tumeurs épithélio-conjonctives, et, parmi elles, d'une variété de beaucoup la plus rare: l'adamantinome kystique.

Encore n'envisageons-nous au cours de cette étude que la forme à un seul kyste, forme sous laquelle cette tumeur se rencontre rarement au niveau des maxillaires. Et nous laisserons volontairement au second plan la forme polykystique qui se rencontre habituellement.

Ce sont des tumeurs relativement bénignes, provenant de l'organe de l'émail et dont le développement a débuté à une époque où les organes qui doivent donner naissance aux différents tissus de la dent n'ont pas encore fonctionné. Ce qui caractérise en effet, histologiquement, cette tumeur c'est qu'elle est constituée par une cavité kystique, mais quelque soit l'importance de l'élément kystique, on y trouve toujours des éléments épithéliaux adamantines au stade embryonnaire.

HISTORIQUE

Nos connaissances sur les adamantinomes kystiques ont évolué parallèlement à celles des divers kystes du maxillaire.

On rapporta tout d'abord des observations de kystes sans établir de liaison, pendant assez longtemps, entre ces tumeurs et ce système dentaire.

Puis on reconnut l'origine dentaire de ces tumeurs, et des théories se succèdent pour en établir la genèse. Disons dès maintenant que les travaux de MALASSER marquent une date capitale en 1885 dans l'évolution de nos connaissances. Ils sont à peu près universellement admis aujourd'hui, et les recherches modernes n'ont fait que les confirmer.

C'est en 1654 qu'on trouve dans Seultet les premières descriptions de tumeurs liquides des mâchoires.

On trouve dans les publications de J.-L. PETIT des observations de tumeurs présentées comme des « exostoses, des exostoses molles à l'intérieur », et qui étaient vraisemblablement des tumeurs kystiques, et déjà en 1776 FOUCHARD décrit des tumeurs liquides ayant pour point de départ la carie dentaire. JOURDAIN, en 1778, décrit des tumeurs dues à la présence de dents incluses dans le maxillaires; RUNGE décrit des tumeurs renfermant des dents et admet le rapport

des kystes avec le système dentaire ; c'est lui qui décrit le premier le bruit de crépitation parcheminée.

DELPECH, en 1828, étudie les rapports entre les dents et les kystes.

La première description de kystes multiloculaires remonte à CUSSACK, en 1826, et FORGET dans sa thèse en 1840 en donne le premier cas français.

DUPUYTREN trace un tableau clinique des kystes des mâchoires qu'il décrit sous le nom de « corps fibreux émeliables ».

Dans le traité de chirurgie de NILATON, en 1848, on ne trouve encore qu'une étude très brève des kystes des mâchoires.

GUIBOUT vers la même époque fait paraître un travail sur le développement des kystes aux dépens du périoste dentaire.

DUCHAUSSOY, en 1857, dans sa thèse d'agrégation consacre son travail à l'origine dentaire des kystes des mâchoires.

Vers 1860 la question est encore très confuse. On décrit sous le terme d'exostose des tumeurs qui devaient être des tumeurs adamantiques, et on émet cependant déjà l'hypothèse de la dégénérescence du follicule dentaire en tumeur liquide ou solide.

En 1860, MAGITOT fait paraître son mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire : les kystes seraient dus à une inflammation atténuée de la membrane périostique olvéolo dentaire. Cette théorie va rallier pendant plusieurs années tous les suffrages.

En 1863 se placent les travaux de BROCA, qui dans son traité des tumeurs et dans différents rapports, soutient l'origine dentaire de tous les kystes des mâchoires. Il fait une place à part dans les tumeurs des mâchoires aux tumeurs d'origine dentaire. Il admet qu'elles naissent d'un follicule dentaire en évolution. Suivant la période évolutive de ce follicule à laquelle elles naissent, il les distingue en kystes embryoplastiques, kystes odontoplastiques, kystes coronaires et kystes radiculaires, correspondant aux quatre stades évolutifs du follicule dentaire. Il attribue au bulbe dentaire conjonctif le rôle exclusif dans la formation de ces tumeurs, ce qui n'est plus admis aujourd'hui. Ses travaux marquent cependant une date dans l'histoire de ces tumeurs, et le premier, il a eu le mérite de séparer nettement de l'ensemble des tumeurs du maxillaire, les tumeurs d'origine dentaire.

Mais les idées de BROCA et de MAGITOT sont bientôt battues en brèche: l'origine conjonctive de ces tumeurs rend inexplicable en effet la présence d'élément épithéliaux dans ces tumeurs.

BUSCH et MIEKULIEZ parlent d'invagination du feuillet externe.

VERNEUIL et RECLUS ébauchent la théorie épithéliale, dont la démonstration revient à MALASSER. C'est MALASSER, en effet, qui établit scientifiquement l'origine de ces tumeurs aux dépens des débris épithéliaux paradentaires, en 1884-1886.

En 1884, ont lieu de longues discussions à la Société de Biologie entre MALASSEZ et MAGITOT. Dans les *Archives de Physiologie* paraît la description détaillée

lée des débris paradentaires, et à la Société de Biologie MALASSEZ donne une étude détaillée du gubernaculum dentis.

C'est à cette époque que les idées de MALASSEZ s'imposent, à peu près universellement admises encore aujourd'hui.

La théorie est développée et confirmée par les travaux d'ALBARRAN dans la *Revue de Chirurgie*, en 1888, et par ceux de LAFORESTIER, ANDRY, DAVID, PRILLET et SOULIGOUX, NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD.

En 1894 paraît la thèse de CHIBERT, travail du Collège de France sur l'anatomie pathologique de l'épithélioma adamantin, avec considérations pathogéniques sur les grands kystes adamantins.

Depuis les travaux se sont multipliés, surtout en France; la thèse de LÉARD en 1900, et les communications diverses: MORESTIN et MAUCLER en 1907, BOIDIN et DELVAL en 1908, l'ouvrage de GALIPPE en 1910, le travail de CORYLLOS en 1912, l'article d'OMBRÉDANNE dans le traité de LE DENTU et DELBET.

Parmi les ouvrages plus récents, nous devons citer la classificatoïn de LERICHE et COTTE, les travaux de MAUREL, de BERCHER en 1925 et 1926.

A l'étranger, nous avons vu comment MICKULIEZ avait soupçonné la théorie épithéliale en parlant d'invagination ectodermique. Parmi les travaux allemands, citons ceux de FALKSON, qui fait provenir les kystes multiloculaires d'un noyau adamantin, les

observations de NASSE, ALLGAYER, GOEBEL, BÖRT, de
PIELTER en 1926.

Les études modernes ont cependant confirmé les
idées de MALASSEZ, établies sur une base anatomique
solide et pratiquement admises encore par tous au-
jourd'hui.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'adamantinome kystique uniloculaire siège presque toujours au niveau du maxillaire inférieur, et avec une prédilection marquée pour l'angle de la mâchoire.

La tumeur atteint un volume en général important : un œuf, une mandarine, parfois le volume d'une tête fœtale.

Ces tumeurs sont histologiquement assimilables aux adamantinomes solides, dont elles représentent une variété à évolution kystique.

Macroscopiquement la tumeur est constituée par une cavité kystique remplie d'un liquide épais, visqueux, presque gélatiniforme, brun, parfois de couleur chocolat. Il contient parfois des paillettes de cholestérine. Rarement le liquide kystique est suppuré par infection de la poche.

La cavité kystique peut contenir soit des tissus dentaires amorphes, soit des dents en nombre variable plus ou moins bien constituées.

On trouve souvent une dent incluse dans la paroi, ou des racines dentaires plongeant dans la cavité kystique.

L'examen histologique de la paroi du kyste présente un intérêt considérable. Elle est essentiellement constituée par :

- a) Un revêtement épithélial continu;
- b) Des îlots épithéliaux aberrants;
- c) Une paroi conjonctive en rapport direct avec la niche osseuse creusée dans le maxillaire.

Le revêtement épithélial continu, dans les cas les plus typiques, est constitué par plusieurs assises de cellules qui vont de la périphérie vers le centre du kyste.

Une couche de cellules pavimenteuses ou polyédriques; une couche de hautes cellules cylindriques formant une bordure en palissade; enfin un revêtement constitué par des amas de cellules étoilées.

Si nous reprenons ces éléments, nous voyons que la couche la plus externe et aussi la moins différenciée représente un revêtement du type malpighien.

La couche suivante, avec ses hautes cellules disposées en palissade, représente une véritable couche d'adamantoblastes, dont le noyau dépolarisé a émigré vers la région moyenne de la cellule. Elle rappelle tout à fait la couche interne adamantogène de l'organe adamantin.

Quant à la couche de cellules étoilées, ce sont des cellules malpighiennes allongées, écartées les unes des autres et anastomosées entre elles par des ponts protoplasmiques: elle forme un réseau analogue à celui qui constitue la gelée de l'émail.

Dans les grands kystes on peut ne retrouver qu'une bordure d'épithélium aplati, disposée en deux ou trois

couches et c'est dans d'autres parties de la tumeur qu'on retrouve des vestiges adamantins différenciés.

Sur les kystes jeunes, au contraire, un grand nombre de cellules étoilées ont persisté et sont refoulées à la périphérie par le liquide.

Dans les parois mêmes des kystes peuvent exister des kystes microscopiques.

Les îlots épithéliaux aberrants sont isolés dans l'épaisseur de la paroi conjonctive, les uns très rapprochés de la couche épithéliale étudiée plus haut, les autres en rapport direct avec la paroi osseuse. Ils ont des aspects différents suivant leur stade évolutif ; les uns, en général de petites dimensions, sont des îlots pleins, ayant à leur périphérie une véritable couche basale et, en leur centre, des cellules plus différenciées pavimenteuses, comparables aux cellules des couches les plus internes du revêtement épithélial étudié plus haut.

D'autres îlots présentent en leur centre des cavités kystiques de dimensions variables, bordées par des cellules ayant les mêmes caractères cytologiques que celle du revêtement kystique multistratifié. Ce sont de véritables kystes paradentaires en miniature, absolument indépendant de la cavité principale.

Quand à la paroi conjonctive de la membrane kystique, elle ne présente pas grand intérêt ; constituée par du tissu conjonctif adulte, dense, serré, elle est largement infiltrée par de nombreuses cellules inflammatoires.

On peut rencontrer sur la même pièce des parties fermes, blanchâtres, d'aspect fibreux, ou de consis-

tance mollassse. Au niveau de ces parties solides rencontrées parfois dans ces tumeurs kystiques l'aspect est aussi caractéristique et réalise celui de l'épithélioma adamantin: on trouve, au sein d'un stroma fibreux, des boyaux épithéliaux ou des lobes épithéliaux irréguliers comprenant:

— une bordure périphérique de cellules hautes palissadiques, et à l'intérieur des travées de cellules étoilées.

Quant aux parties environnantes, l'os est aminci, atrophié et même, par place, plus ou moins résorbé, mais les cellules de la tumeur n'envahissent pas le tissu osseux.

On voit en résumé que la caractéristique histologique de ces tumeurs est la présence plus ou moins pure au niveau de la paroi kystique de cet épithélium dit adamantin et essentiellement constitué d'une couche prismatique palissadique revêtue d'un réticulum étoilé.

PATHOGÉNIE

Pour comprendre la genèse de ces tumeurs il est indispensable de connaître le mode de développement des dents.

Nous allons donc rappeler, aussi simplement que nous le pourrons, ces notions embryologiques.

DÉVELOPPEMENT DE LA DENT

Pour entrer ici dans des détails sur le développement des dents, il nous suffira de rappeler que ces organes se forment aux dépens d'une double ébauche épithéliale et conjonctive.

L'ébauche épithéliale, issue de la muqueuse gingivale de l'embryon, donne naissance à un certain nombre de bourgeons qui s'enfoncent dans le tissu conjonctif sous-jacent et vont se différencier jusqu'à former l'organe adamantin, producteur d'émail.

En même temps, le tissu conjonctif, opposé à chaque bourgeon épithélial, se condense et se différencie pour former le bulbe dentaire, d'où proviendront la pulpe, l'ivoire et le ciment.

C'est la réunion de ces deux ébauches ecto et mésodermique qui constitue le follicule dentaire, origine des dents de première et de deuxième dentitions.

Mais outre ces ébauches, il se forme un certain nombre de bourgeons épithéliaux qui devront disparaître ultérieurement. Ces bourgeons peuvent persister chez l'adulte au niveau de la sertissure de la gencive et du ligament alvéolo-dentaire, sous forme d'amàs cellulaires, que MALASSEZ décrit sous le nom de « débris épithéliaux paradentaires ».

On peut diviser les débris paradentaires d'une part, d'après leur origine et, de l'autre, d'après leur topographie par rapport à la dent.

D'après leur origine, MALASSEZ distingue trois groupes :

1° Un premier groupe, provenant de la lame épithéliale, des bourgeonnements qui en partent et du cordon de l'organe adamantin de la première dentition ;

2° Un deuxième groupe provenant des mêmes parties, correspondant à la deuxième dentition (lame épithéliale du cordon de l'organe adamantin) ;

3° Un troisième groupe, qui est le plus intéressant des trois, car les débris qui le constituent s'atrophient moins que les autres et ils sont, pour cette raison, l'origine la plus fréquente de néo-formation des mâchoires. Il représente les restes des débris gubernaculaires et de l'anneau épithélial formé aux dépens de la partie profonde de l'organe adamantin de la deuxième dentition.

Au point de vue topographique, MALASSEZ distingue trois couches dans chacun des groupes précédents. Une couche superficielle au gingivole, une moyenne et une profonde.

Les cellules épithéliales qui les constituent et qui rappellent celles des ébauches dentaires appartiennent à un type très différencié : elles sont cubiques à la périphérie, polyédriques au centre, parfois même étoilées, s'unissant par leurs prolongements comme dans l'organe adamantin.

Or, cette structure histologique se retrouve dans certains néoplasmes des mâchoires (adamantinome kystique et épithéliomas solides), et la plupart des auteurs s'accordent avec MALASSEZ à reconnaître à ces tumeurs une origine dentaire ou paradentaire.

Il faut signaler cependant que pour certains auteurs, KROMPECHER et LUKOMSKY en particulier, l'adamantinome, tout au moins dans certains cas, puisse naître directement de la muqueuse buccale. Celle-ci aurait alors conservé la faculté qu'elle avait à la période embryonnaire de produire les cellules très différenciées que nous retrouvons dans la tumeur. L'adamantinome serait alors un épithélioma baso-cellulaire à évolution particulière.

ÉTIOLOGIE

On ne sait à peu près rien sur l'étiologie de ces adamantinomes kystiques. Elle est aussi obscure que celle des tumeurs en général.

Nous noterons l'influence possible des infections dentaires chroniques, de la carie dentaire. BÉRARD et beaucoup d'auteurs y avaient déjà insisté. Plus récemment DELATER et BERCHER sont revenus sur ce point et pensent que les infections bucco-dentaires peuvent, en les irritant, déterminer la prolifération des débris épithéliaux. Ils considèrent les grosses tumeurs des mâchoires « comme dérivées du granulome paradentaire, dysembryoplasie née par réaction à infection d'un débris épithélial embryonnaire. Ils considèrent ainsi ces tumeurs comme le type des tumeurs d'origine inflammatoire, à la limite du cancer et s'offrant, par la lenteur de leur évolution, à une recherche plus facile du processus de cancérisation de la cellule ».

Mais on peut opposer la fréquence des lésions dentaires à la rareté de ces tumeurs.

La présence d'une dent incluse pourrait être un élément d'irritation pour les débris.

La fréquence du siège de ces tumeurs au niveau de la partie postérieure du rempart alvéolaire serait ex-

pliquée, pour CORYLLOS, par le développement tardif du follicule des grosses molaires et de la fréquence de l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

DECHAUME a insisté sur l'importance des troubles de la crase sanguine chez les malades présentant des tumeurs hyperplasiques. En ce qui concerne l'épulis en particulier, il avait constaté de nombreux cas d'anémie fruste.

Certains auteurs ont insisté sur la syphilis héritée et sur les infections tuberculeuses qui peuvent jouer un certain rôle dans la prolifération des débris épithéliaux.

Quant à l'âge auquel surviennent ces tumeurs, les auteurs ne sont pas d'accord. OMBRÉDANNE les qualifie de tumeurs précoces, n'apparaissant jamais après 30 ans, et se produisant au moment de l'évolution dentaire. HEIDENREICH les considère comme pouvant apparaître à tout âge chez l'enfant et chez les vieillards; mais ils semblent plus fréquents autour de la vingtième année. Les trois de nos malades qui étaient porteurs des adamantinomes kystiques uniloculaires typiques, avaient respectivement 24, 35 et 52 ans.

On voit que pratiquement nous ne savons à peu près rien sur les causes de ces tumeurs.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adamantinome kystique se présente habituellement comme une tumeur kystique des maxillaires.

Le début est toujours lent et insidieux, difficile à préciser.

Il est presque toujours indolore et c'est la déformation qui est la première manifestation de l'affection.

On peut noter cependant assez souvent des accidents dentaires dans les antécédents de ces malades : carie dentaire ayant entraîné l'avulsion de dents au voisinage de la tumeur commençante. Souvent les dents, d'abord ébranlées, se mettent à tomber sans phénomènes douloureux, ou sont extraites avec une facilité surprenante.

Il peut survenir, à la suite d'une avulsion dentaire, une fistule ou des accidents plus aigus d'ostéophlegmon, d'ostéopériostite qui surviennent à titre épisodique chez ces malades.

Dans la règle, à part la possibilité de ces accidents dentaires passagers, la tumeur se développe lentement et progressivement, sans douleur, n'apportant souvent pendant des années qu'une simple gêne à la mastication.

Plus rarement le malade se plaint de vagues douleurs, parfois lancinantes, comme par exemple dans notre observation II.

A la période d'état, on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse: un œuf, une mandarine. Parfois elle atteint le volume d'une tête fœtale, pouvant amener une déformation considérable de la face.

Elle siège le plus souvent au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, au niveau des dernières molaires, et se développe en avant et en haut.

La consistance de la tumeur est variable. Parfois c'est une sensation de résistance avec dépressibilité pseudo-fluctuante, donnant bien l'impression d'une collection liquidienne.

En d'autres points, elle donne, par amincissement de l'os qui la recouvre, la sensation très caractéristique de crépitation parcheminée que de très anciens observateurs avaient déjà notée.

Les téguments sont normaux au niveau de la tumeur, quelque volume qu'elle puisse présenter.

L'examen de la cavité buccale doit toujours être pratiqué soigneusement.

On constate un effacement plus ou moins prononcé du sillon gingivo-ligal, parfois complètement disparu.

La table interne de l'os est épaissie: le rempart alvéolaire est élargi et l'on s'en rend facilement compte en prenant le maxillaire entre deux doigts par le toucher intra-buccal. L'os apparaît, selon l'expression classique, comme soufflé, par écartement de ces deux tables.

Dans certains cas, il existe au niveau d'une alvéole déshabitée une fistule entourée de bourgeons végétants, mais de nature inflammatoire. Le stylet peut pénétrer à ce niveau dans une cavité osseuse (observations I et II).

L'état des dents est en général défectueux: dents cariées, dents ébranlées, avulsions antérieures.

On peut noter parfois l'absence congénitale d'une dent, la tumeur ayant pris naissance aux dépens d'un organe adamantin en évolution.

On note de façon constante l'absence d'adénopathie. Si l'on rencontre parfois des ganglions ils sont alors inflammatoires et dus à une infection périodentaire, à une fistule gingivale.

On peut compléter l'examen par deux investigations: la ponction et la radiographie.

La ponction, si elle permet d'aborder la cavité kystique, ramène un liquide épais, filant, jaunâtre, ou teinté de sang.

La radiographie montre des lésions plus importantes que la clinique ne le faisait soupçonner.

Elle montre une image de raréfaction osseuse à limites nettes.

On voit plonger dans la cavité kystique les racines de certaines dents.

La radiographie révèle parfois l'existence de dent incluse, la dent de sagesse le plus souvent.

Dans les cas de lecture difficile de radiographie, et si on hésite entre sarcome ostéite, un procédé peut être utile: l'injection de lipiodol, qui permettrait de préciser l'étendue de la cavité kystique, méthode inof-

fensive que BERCHER a proposée, mais qui nous semble assez rarement indiquée.

On peut rencontrer des formes où l'élément kystique s'associe à des parties solides, où même la partie solide est nettement prédominante et l'élément kystique insignifiant, découvert seulement à l'opération.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Les adamantinomes kystiques uniloculaires évoluent lentement et se comportent pratiquement comme des tumeurs relativement bénignes.

Ces tumeurs ont, en effet, une malignité purement locales. Qu'elles soient exclusivement kystiques ou associées à des portions solides, un plan de clivage assez net, formé par l'os écarté, refoulé à la périphérie, en fait des tumeurs encapsulées.

Ces tumeurs n'ont donc qu'une gravité locale, par leur volume, et les interventions qu'elles nécessitent, car même économiques, celles-ci demandent souvent des sacrifices osseux importants. Aussi doivent-elles être enlevées de bonne heure de façon à réduire les délabrements opératoires au strict minimum.

Il faut cependant, après avoir exposé ce fait, apporter quelques réserves à la bénignité du pronostic à cause des récurrences d'une part, des dégénérescences d'autre part.

Mais tandis que les récurrences sont assez fréquentes et qu'il faut compter avec elles, les dégénérescences sont infiniment plus rares.

Les récurrences s'expliquent par la difficulté que rencontre le chirurgien de faire une opération complète ;

il suffit en effet qu'un minime élément soit laissé pour qu'il puisse être le point de départ d'une récurrence.

Ces récurrences présentent un gros intérêt doctrinal. Elles montrent en effet la filiation entre des tumeurs dentaires voisines par le fait que les diverses variétés de kystes, et l'épithélioma adamantin solide, peuvent être les formes de récurrence d'une même tumeur, et on surprend ainsi la possibilité du passage d'une forme dans une autre, ce qui n'est pas pour nous étonner étant donné l'embryologie de ces tumeurs.

Dans la thèse de CHIBERT, en 1894, on trouve déjà rapportés des cas de transformation d'une variété dans une autre, et la possibilité de rencontrer toutes les formes de transition :

Un kyste dentifère récidivant sous forme de kyste multiloculaire (cas de Guibrout rapporté par CHIBRET);

Un kyste uniloculaire se transformant en kyste paucikystique et solide.

Dans un cas de MORESTIN, un kyste, opéré deux fois, récidive une troisième fois sous la forme d'épithélioma adamantin solide.

Un autre ordre de faits corrobore pleinement ces transformations évolutives : c'est la présence sur une même pièce de parties répondant à des variétés différentes. Un cas très démonstratif a été rapporté par MORLET en 1925 : « une femme présente une tumeur du maxillaire inférieur, développée depuis six ans, avec absence congénitale de deux dents. La radiographie montre un aspect de kyste multiloculaire, deux dents incluses, et des grains ossiformés ».

L'intervention montre l'existence simultanée des différentes variétés d'adamantinome kystique: une partie à type de kyste multiloculaire; deux petits kystes isolés en formation, l'un au niveau de la dent de sagesse, l'autre autour de la racine de la première molaire; enfin une tumeur dure non coupable au bistouri au niveau de la symphyse et qui est un épithélioma adamantin solide ».

Dans un cas de PUTZU, une partie de la tumeur présente l'aspect kystique multiloculaire et de structure adamantine, tout un autre segment est fait d'une masse solide parsemée de petits kystes et de structure adamantine également.

Ces notions évolutives nous montrent l'intime filiation entre ces tumeurs dentaires depuis les kystes paradentaires simples, multiloculaires et les kystes présentant la différenciation adamantine et les tumeurs solides adamantines.

D'une façon générale, les tumeurs à prédominance solide et surtout celles qui présentent des cellules atypiques seraient plus exposées aux récidives.

Mais ce sont des récidives locales. On n'observe pas de généralisation ni de métastases.

Dans un cas de PARKER, une tumeur adamantine aurait été suivie de généralisation et on aurait retrouvé des cellules adamantines dans les ganglions thoraciques.

Un malade de HEATH, après plusieurs récidives, présenta une généralisation avec une métastase dans le deltoïde et une dans l'os iliaque. Il n'y a pas d'au-

topsie dans ce cas. Il n'est pas certain que la tumeur initiale ait été de nature adamantine.

Ces cas de métastase et de généralisation restent donc entourés d'une grande obscurité.

Mais en dehors des récidives qui doivent tempérer de réserves la bénignité habituelle du pronostic de nos tumeurs, il existe un deuxième ordre de faits qui contribue à l'assombrir : c'est la possibilité, beaucoup plus exceptionnelle il est vrai, de transformation maligne.

Nous voyons donc qu'il faut préciser cette notion de bénignité des adamantinomes kystiques.

Ces tumeurs tiennent pour ainsi dire le milieu entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, et on peut les rapprocher à ce point de vue des kystes de l'ovaire. Elles peuvent dégénérer par leur épithélium sous forme d'épithélioma ; elles peuvent dégénérer par leur stroma conjonctif sous forme de sarcome.

En somme ces tumeurs se comportent habituellement comme des tumeurs bénignes, limitées. Mais la fréquence des récidives d'une part, la possibilité de transformation maligne d'autre part, doivent apporter des réserves à ce pronostic et surtout imposer un traitement chirurgical suffisamment large.

DIAGNOSTIC

Il est souvent malaisé de différencier un adamantinome d'un kyste mandibulaire ou d'un odontome.

Ces trois variétés de tumeurs, en effet, se rencontrent dans l'immense majorité des cas à la mandibule, chez des individus jeunes et leur présence s'accompagne de l'absence de dents. Comme l'adamantinome, elles font saillie sur l'une ou l'autre face de l'os, et l'odontome donne même dans certains cas la sensation de crépitation parcheminée; pas plus que l'adamantinome ces néoplasies ne donnent d'adénopathie notable, c'est dire que leur diagnostic, au début surtout, peut être très difficile à établir.

Cependant on se rappellera que l'odontome (comme l'ostéome) est une tumeur d'une exceptionnelle dureté, que sa forme est inégale, irrégulière, mamelonnée et végétante et que, plus souvent que l'adamantinome, il a tendance à se développer au niveau du bord alvéolaire en gênant considérablement l'éruption des dents voisines.

Les kystes paradentaires uniloculaires simples, en rapport avec une dent cariée; le kyste dentifère, qui coïncide avec l'absence congénitale d'une dent, fait qui se rencontre fréquemment dans les kystes adamantins, restent souvent faciles à distinguer car leur

développement est toujours beaucoup moins important. Quand, rarement, ces kystes prennent un volume plus considérable, alors la distinction clinique devient presque impossible.

C'est du reste dans ces cas l'examen histologique seul qui, en montrant dans les grands kystes parodontaires un simple épithélium malpighien de revêtement et dans le cas d'adamantinome kystique uniloculaire un épithélium adamantin, permettra la distinction.

Le diagnostic avec les autres variétés d'adamantinome n'a aucune importance pratique, parce que le traitement est le même.

L'adamantinome solide est une tumeur susceptible d'acquérir un volume particulièrement important. Il apparaît de forme irrégulière, nûriforme, et sa consistance est essentiellement variable selon les points considérés: sur la même tumeur on rencontre des zones dures comme du tissu fibreux ou de l'os et d'autres rénitantes, voire même fluctuantes; quand ces dernières prédominent on a affaire soit à un adamantinome multiloculaire, soit à un adamantinome uniloculaire.

S'agit-il d'une néoplasie d'origine non dentaire?

On peut rencontrer au niveau de la mandibule des fibromes, myxomes, chondromes, mais ces tumeurs bénignes sont relativement rares.

Lostéome est une tumeur formée d'os compact, développé sous le périoste et siégeant le plus souvent au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure.

L'aiguille exploratrice qui rencontre en tous points

un os dur et surtout la radiographie permettent d'en faire le diagnostic.

Le sarcome, ou ses variétés histologiques (myxosarcome, chondro-sarcome, etc.) tuméfie l'os sans provoquer de douleurs, au moins au début.

On le rencontre au niveau du corps ou de l'angle du maxillaire. La tuméfaction qu'il provoque est souvent diffuse, fusiforme, richement vascularisée; elle est de consistance variable, ferme ou molle, mais n'a pas en général la régularité d'une production kystique. Cette tumeur, dont l'évolution est rapide, ne tarde pas à contracter des adhérences et à modifier les téguments. Le nerf dentaire inférieur est souvent détruit et on note de l'anesthésie dans le territoire du nerf mentonnier. Ici encore la radiographie apporte une aide efficace.

Le cancer des mâchoires, qui est toujours en réalité un épithélioma des parties molles ayant envahi secondairement l'os, se rencontre plus rarement au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur.

L'âge, l'altération profonde de l'état général, les douleurs irradiées souvent intenses, l'adénopathie caractéristique et assez tôt l'apparition de bourgeons épithéliaux au niveau de l'alvéole, permettant de faire une biopsie, sont de très bons éléments de diagnostic.

Malgré tous ces éléments d'appréciation apportés par l'examen clinique, la radiographie nous est encore indispensable dans ces cas. L'adamantinome multiloculaire, formée d'une succession de cavités, donne une image aréolaire « en nid d'abeille ». Mais dans le cas d'adamantinome uniloculaire la tumeur est formée

par une seule cavité et à l'image radiographique on voit le plus souvent une perte de substances, parfois assez considérable, avec des limites nettes.

De toute manière on voit que le diagnostic clinique est très difficile.

Et dans la grosse majorité des cas, le chirurgien qui va opérer, sait seulement qu'il se trouve en présence d'une tumeur kystique qui nécessite son intervention, mais il ignore le plus souvent la nature de cette tumeur.

C'est pourquoi il n'est pas étonnant que dans notre troisième observation, l'adamantinome kystique était pris pour un kyste fissuraire de la fente intermaxillaire; tumeur plus fréquente à ce niveau et qui a le même aspect clinique (cavité principale flanquée de plusieurs autres petites cavités accessoires), même parfois la poche peut contenir une dent.

Seul l'examen histologique permettra de confirmer l'existence des éléments épithéliaux caractéristiques.

Aussi devons-nous faire pratiquer l'examen anatomopathologique de tous les kystes considérés comme bénins.

TRAITEMENT

Le traitement de ces tumeurs kystiques est uniquement chirurgical.

Il est souvent difficile à réaliser car il faut enlever la tumeur en totalité sous peine de récurrence. Il doit être pratiqué dès le diagnostic posé car, plus vite il sera mis en œuvre, moins considérables seront les sacrifices osseux.

L'anesthésie locale et trouculaire a été employée. Pour ces volumineuses tumeurs nous croyons préférable l'anesthésie générale. Celle-ci peut être donnée avantageusement à la pipe de Delbel. Dans certains cas cependant, quand la présence de la pipe rend gênante une opération par la voie naturelle, on peut employer l'anesthésie générale par trachéofissulisation intercricothyroïdienne, avec tamponnement complet du pharynx.

La résection est l'opération de choix adoptée actuellement par tous les chirurgiens.

Le curetage est en effet une intervention nettement insuffisante et que tout le monde proscrit.

Cette résection devra être une résection atypique, conduite « à la demande des lésions » et dépassant les limites de la tumeur pour passer en os sain. Tel

est le principe fondamental sur lequel insiste le professeur SIBILEAU.

Les travaux récents de MOREL, PIEHLER sur le traitement conservateur des adamantinomes kystiques confirment pleinement cette façon de voir.

L'absence de coque conjonctive facilement évitable oblige à passer à la périphérie de la tumeur en os sain, pour faire une intervention de sécurité. On ne peut espérer de guérison durable que si la tumeur est enlevée avec du tissu osseux sain.

Cette résection atypique doit donc constituer une opération suffisante, tout en ménageant au maximum l'esthétique et la fonction masticatrice.

LES VOIES D'ABORD

L'anatomie de la tumeur commande la voie d'abord.

La voie naturelle sera réservée aux tumeurs développées surtout vers le rebord gingival. On peut parfois, par une entaille commissurale, qui se suture parfaitement plus tard, se donner un jour plus considérable sur la tumeur par les voies naturelles.

D'abord par les voies naturelles a le gros avantage de ne pas compromettre l'esthétique de ces malades qui sont souvent des sujets jeunes.

Mais il n'est pas toujours applicable. Parfois une opération commencée par les voies naturelles doit être achevée par incision externe.

La voie externe est celle à laquelle il faut se résoudre dans les tumeurs kystiques de l'infrastructure, et les tumeurs trop étendues.

La résection est conduite le plus souvent à la grosse pince gouge. On pratique l'hémostase des vaisseaux rencontrés, en particulier le pédicule dentaire inférieur. On extrait les dents incluses qu'on peut rencontrer. On est parfois amené à enlever le coroné; le condyle peut être conservé habituellement.

Dans cette résection il faut s'efforcer de respecter autant que possible un pont osseux, si mince soit-il que laisse ainsi la continuité de l'arc osseux mandibulaire.

On peut, en terminant, pratiquer la suture partielle de la muqueuse du plancher buccal à celle de la joue. Elle est souvent très difficile par manque d'étoffe.

Ces suites opératoires sont en général assez simples: très peu de choc opératoire. Il est bon de laisser une mèche 24 heures, parfois on est même obligé de laisser quelques pinces à demeure dans le fond de la cavité. Il importe de faire une antisepsie soignée de la bouche pendant tous les jours suivants.

Nous avons vu qu'il faut s'efforcer de garder une continuité de l'arc osseux mandibulaire. Dans les cas où on n'y peut parvenir, se pose la nécessité d'une prothèse.

C'est le cas de toutes ces volumineuses tumeurs où la résection, fragment par fragment, aboutit à une résection segmentaire ou à une hémirésection.

Dans ces cas il faut donner la préférence à la prothèse pré-opératoire dont le principe est d'appliquer, du côté sain, avant l'opération, un appareil simple destiné à assurer après l'opération la fixité de l'arc mandibulaire, à maintenir l'articulation dentaire.

Aussi dans tous les cas où on soupçonnera la nécessité de la rupture de la continuité de l'arc mandibulaire, il importe de préparer cette prothèse.

Dans les suites éloignées, on peut observer des brides cicatrisielles, une limitation de l'ouverture buccale avec gêne de la mastication, mais le traitement chirurgico-prothétique ainsi composés semble donner, avec un minimum de sacrifices, le maximum de chance de guérison durable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Cas de SANY et Ch. DUNET, Lyon, 1923)

M. B..., Jean-Baptiste, cultivateur, 52 ans. Aucun antécédent intéressant à signaler.

L'affection a débuté depuis six mois, par l'apparition au niveau du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure droite, près de l'angle mandibulaire d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur prise pour un abcès d'origine dentaire fut incisée; une fistule persistante s'établit, tandis que la tumeur continua d'augmenter progressivement de volume pour atteindre finalement la grosseur d'une mandarine.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 octobre 1921.

On constate à ce moment la présence d'une volumineuse tumeur développée au niveau de la portion inférieure de la joue droite et remontant le long de la branche verticale du maxillaire inférieur, jusqu'à un travers de doigt environ de l'articulation temporo-maxillaire.

Cette tumeur nettement fluctuante, suit tous les mouvements de la mâchoire inférieure. Il ne semble pas persister de pellicule osseuse au niveau de sa face externe, car il n'y a pas la moindre crépitation.

Les troubles fonctionnels sont réduits au minimum; le malade n'accuse aucune douleur et ne présente qu'une gêne légère de la mastication.

L'exploration combinée, buccale et jugale, montre que la

tumeur s'est développée au niveau de l'angle mandibulaire et a gagné la branche montante du maxillaire.

Une ponction ramène un liquide louche, hématique; la tumeur s'affaisse complètement, mais le lendemain elle a retrouvé son volume primitif.

La radiographie ne fait que préciser les renseignements donnés par l'examen clinique: le kyste est franchement développé au niveau de la branche verticale du maxillaire inférieur. L'angle mandibulaire est nettement déformé, boursoufflé. Le bord postérieur de la branche montante est réduit à une mince couche osseuse, assez irrégulière.

Intervention: 10 octobre 1921. — Anesthésie locale par infiltration à l'allocaïne. Incision de la résection du maxillaire inférieur. On met à nu les deux faces de la branche montante du maxillaire, et on arrive sur un gros kyste que l'on aborde par sa face externe. On arrive à dégager par clivage tout cette portion externe, mais on est obligé d'enlever à la curette toute la portion interne qui est beaucoup plus adhérente au plan osseux; toute la niche osseuse est ainsi soigneusement débarrassée de son revêtement interne.

Suture cutanée. Drainage. Légère suppuration de la poche. Le malade sort guéri le 30 octobre 1921.

Examen histologique de la paroi du kyste. Cette poche est mince, 3 à 4 millimètres, très vascularisée, de coloration rougeâtre. Elle ne présente nulle part de végétation.

Histologiquement, elle est essentiellement constituée par:

- a) Un revêtement épithélial continu;
- b) Des îlots épithéliaux aberrants;
- c) Une paroi conjonctive en rapport direct avec la niche osseuse creusée dans le maxillaire.

La couche de revêtement est une couche multistratifiée.

Il existe une couche basale des plus nettes, constituée non pas par une seule assise cellulaire, mais par plusieurs couches de cellules tassées les unes contre les autres, à contours mal délimités, à protoplasma très restreint. Seule la couche la plus externe de cette assise présente des cellules plus différenciées,

beaucoup plus hautes, à noyau ovalaire refoulé au pôle interne de la cellule et à protoplasma très développé. Par suite de refoulement des noyaux, la ligne de ces derniers est séparée de la paroi conjonctive par un large espace clair, protoplas-mique, légèrement festonné à la base.

Les couches sus-jacentes sont constituées par 4 ou 5 assises de cellules à noyau moins condensé, à protoplasma plus étalé, présentant parfois une structure périphérique filamanteuse, et quelques prolongements filamenteux qui permettent de les rattacher à la lignée malpighienne. Aucune de ces cellules ne présente de graines d'éléïdine, ni de kératinisation véritable. Les couches les plus superficielles, lamelleuses, disquament et tombent dans la cavité kystique.

Les îlots épithéliaux aberrants sont isolés dans l'épaisseur de la paroi conjonctive, les uns très rapprochés de la couche épithéliale étudiés plus haut, les autres en rapport direct avec la paroi osseuse. Ils ont des aspects différents suivant leur stade évolutif ; les uns, en général de petites dimensions, sont des îlots pleins, ayant à leur périphérie une véritable couche basale et, en leur centre, des cellules plus différenciées pavimenteuses, comparables aux cellules des couches les plus internes du revêtement épithélial étudié plus haut.

D'autres îlots présentent en leur centre des cavités hystiques de dimensions variables, bordées par des cellules ayant les mêmes caractères cytologiques que celle du revêtement kystique multistratifié. Ce sont de véritables kystes paradentaires en miniature, absolument indépendant de la cavité principale.

Quand à la paroi conjonctive de la membrane kystique, elle ne présente pas grand intérêt ; constituée par du tissu conjonctif adulte, dense, serré, elle est largement infiltrée par de nombreuses cellules inflammatoires.

OBSERVATION II

(Cas de J. DESPONS et J. DUBERNARD, 1933)

M^{me} T..., 24 ans, vient le 1^{er} septembre 1933, pour une tuméfaction de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Le squelette est augmenté de volume, en particulier vers la table externe, qui paraît amincie. La dent de sagesse n'a jamais fait son évolution; sur le rebord gingival se trouve la présence d'un trajet fistuleux; un stylet s'enfonce profondément sans donner le moindre contact osseux, un liquide clair sort aussitôt. La consistance est élastique, presque fluctuante.

La malade se plaint de vagues douleurs, parfois lancinantes, avec otalgie légère.

Pas de trismus, pas de gêne fonctionnelle.

La radiographie nous montre une dent de sagesse siégeant au niveau du bord inférieur du maxillaire, tout près de l'angle; l'épaisseur du maxillaire à ce niveau est 1 millimètre environ. La dent de 6 ans est absente, la dent de 12 ans, couchée en avant, sa racine postérieure dans une masse sombre. Le maxillaire inférieur est normal; la branche horizontale présente une perte de substance très importante, du volume d'un œuf de poule, très facile à déterminer. On pense à un kyste dentigène ou paradentaire ayant usé la presque totalité de l'angle et à la possibilité d'une fracture pathologique grave.

On fait des réserves sur la possibilité d'un adamantinome en raison de l'aspect radiographique et de l'augmentation de volume rapide de la tuméfaction au cours du dernier mois.

Intervention le 13 septembre 1933.

L'anesthésie loco-régionale.

On tombe sur une masse kystique, irrégulière, avec des bosselures de consistance fibreuse, dont l'énucléation est rendue facile par la trépanation de la table interne.

Par contre, la dent est enlevée avec difficulté, à cause de son inclusion profonde dans le bord inférieur du maxillaire

très aminci. La dent se trouvait en dehors des parois kystiques.

Après évidemment de la loge, les parois restent très minces mais assez résistantes.

Tamponnement à la mèche idoformée.

Douleurs postopératoires assez tenaces.

Les suites furent simples et le comblement de la cavité se fit au bout de cinq à six semaines.

Examen histologique (D^r BONNARD).

Il s'agit d'un adamantinome procédant par îlots cellulaires, à contours sinueux, irréguliers, limités par un collagène et pauvre en cellules. D'origine adamantine, les cellules tumorales sont cylindriques à la périphérie des amas; elles deviennent polygonales, et au centre sont dissociées par un vague produit de sécrétion mucoïde; les noyaux sont chargés en chromatine, entourés d'un cadre cytoplasmique étroit.

OBSERVATION III (Inédite)

(Communiquée par M. le Professeur JACQUES)

M. A..., 35 ans, porte depuis une vingtaine d'années une grosseur soulevant la lèvre supérieure dans sa moitié droite. A l'âge de vingt ans un abcès se serait formé à la région incisive supérieure droite et ouvert spontanément, aurait donné lieu pendant un certain temps à un écoulement intermittent de liquide amer; puis l'ouverture se serait refermée et la poche aurait persisté plus ou moins tendue. Vers la même époque se seraient manifestés certains troubles vituels, attribués par l'oculiste à des phénomènes congestifs, du côté gauche. L'épreuve sérologique de B.W. se serait montrée négative.

Le sujet est un homme vigoureux, mais nerveux. Aucune déformation faciale apparente. Les incisives médianes sont normales. Sauf quelques érosions du bord libre. Les latérales manquent des deux côtés,, sans avoir jamais été extraites.

La canine droite présente une obliquité marquée de sa couronne vers en avant. Canines et incisives sont saines, ainsi que les dents avoisinantes.

Entre la canine et l'incisive médiane le doigt explorant le squelette rencontre une dépression de l'apophyse alvéolaire à bords unis, non épaissis ni soulevés en collerette, à fond rénitent. La pression ne provoque ni douleur, ni issue de liquide au bord alvéolaire.

Une radiographie frontale du maxillaire supérieur ne révèle aucun indice d'incision latérale, mais une asymétrie très apparente du plancher nasal qui semble descendre beaucoup plus bas à gauche qu'à droite. Confirmant l'inspection directe, elle montre une divergence très manifeste des racines de la grande incisive et de la canine.

Le diagnostic de kyste fessurau du maxillaire est posé et l'opération décidée.

Le 17 avril 1937, sous anesthésie locale par infiltration, une incision légèrement arquée à concavité inférieure, divise la muqueuse du cul-de-sac vestibulaire. Découverte et dissection d'une poche kystique exactement moulée sur une dépression hémisphérique du volume d'une grosse noisette creusée dans le maxillaire au-dessous de l'orifice périforme entre les racines écartées de la grande incisive et de la canine. Les bords de la cuvette osseuse sont nets, aigus, légèrement serratiques, non soulevés ni écartés. Le fond, régulier et lisse, n'offre aucune apparence de couronne dentaire, non plus que de formation radiculaire. La poche, entièrement close, n'adhère qu'au niveau de l'alvéole absente de la petite incisive. Aucune trace de cette dernière n'apparaît, non plus que sur la radio. Le kyste, à paroi fibreuse assez résistante, renfermait un contenu épais, sorte de bouillie à teinte brunâtre et à reflets scintillants de cholestérine.

Examen histologique fait par M. le Professeur FLORENTIN:

Les parois du kyste sont constituées par une épaisse couche de tissu conjonctif dense, assez fortement vascularisé et renfermant par places, de petits amas lymphoïdes. Le revêtement



FIG. 1
 Paroi du kyste adamantin - Coque scléreuse
 Revêtement épithélial caractéristique, rappelant la gelée de l'émail
 de l'organe adamantin. — Gr. 60

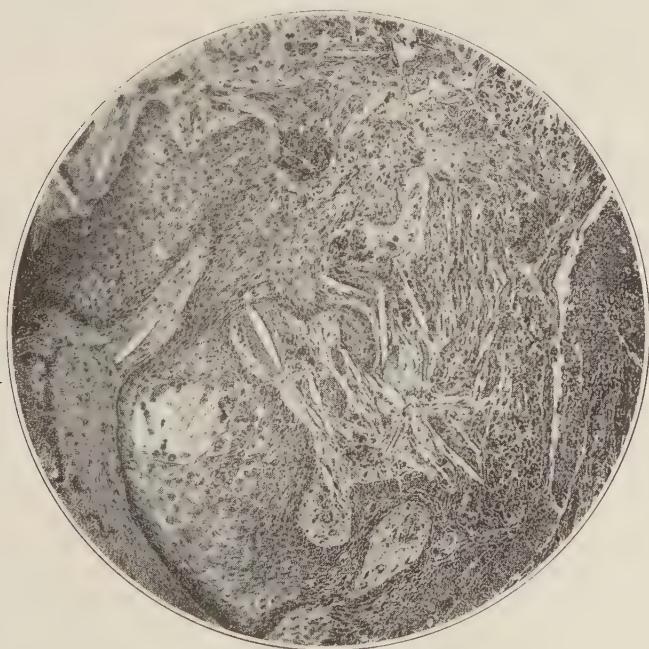


FIG. 2
 Détails de l'épithélium de revêtement du kyste. (Gr. 120)
 Epithélium malpighien à cellules dissociées de type adamantin
 En surface, débris cellulaires

interne de cette poche kystique est constitué par une couche épaisse de cellules épithéliales, du type malpighien, réunies pour former des tubes cellulaires, et qui, vers l'intérieur, se désagrègent en se desquamant pour donner naissance à des débris cellulaires qui encombrent la cavité kystique.

En certains points, la membrane est mince, l'épithélium est desquamé et l'enveloppe fibreuse du kyste est à nu. Dans certaines régions, le revêtement épithélial présente l'aspect classique d'un épithélium adamantin : les cellules malpighiennes se resserrent les unes contre les autres pour former un réticulum cellulaire au niveau duquel persistent des ponts intercellulaires qui rappellent exactement la structure de la gelée de l'émail et de l'organe adamantin. Ce volumineux kyste peut donc être considéré comme un kyste adamantin uniloculaire ; toutefois, on rencontre au niveau de la paroi fibreuse, quelques petites inclusions épithéliales qui ne sont pas organisées en forme de kyste, mais qui peuvent être considérées de même nature que le kyste principal.

Par conséquent, ce sont des microkystes secondaires qui n'ont pas évolué.

CONCLUSIONS

Les adamantinomes kystiques uniloculaires sont des tumeurs rares. Peut-être, parce que, dans la plupart des cas, le chirurgien fait le diagnostic des kystes simples d'origine dentaire, seulement d'après l'aspect macroscopique de la tumeur.

Ainsi devons-nous faire pratiquer l'examen anatomo-pathologique de toutes les tumeurs kystiques au pseudo-kystique des maxillaires.

Il faut attirer plus spécialement l'attention sur les kystes dentifères qui, contrairement à l'opinion classique, ne sont pas toujours des kystes simples, analogues aux kystes paradentaires.

Notre diagnostic pourra ainsi être redressé et, de ce fait le pronostic sera également différent de celui que nous avons pu porter.

L'excision intégrale de la poche membraneuse, condition indispensable d'un succès durable, sera plus aisée en cas de kyste uniloculaire que dans les tumeurs adamantines communes, dont l'ablation totale peut exiger le sacrifice des parties saines ambiantes.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (J.). — De la greffe osseuse après résection du maxillaire inférieur à l'occasion de deux cas d'adamantinome polykystique. (*Revue d'Orthopédie*, t. XXIII, n° 6, 10 novembre 1912, p. 481).
- ADLER (Marcel). — Les kystes odontogènes. *Thèse*, Strasbourg, 1930.
- ALBARRAN (J.). — Kystes des mâchoires: anatomie pathologique, pathogénie et quelques points de clinique. (*Revue de chirurgie*, Paris, 1888, p. 429-716).
- Epithélioma adamantin du maxillaire supérieur. (*Soc. Biol.*, Paris, 1887, p. 618-667).
- ANCELOT. — In Gallippe: les débris épithéliaux para-dentaires. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 119).
- AUSSENAC. — Contribution à l'étude des kystes du maxillaire inférieur. (*Thèse*, Montpellier, 1885).
- BÉRARD et DUNET. — Tumeur adamantine du maxillaire inférieur à évolution lente. (*Soc. Chir.*, Lyon, 4 décembre 1924).
- BERCHER. — Note sur le lipiodiagnostic des affections maxillaires. (*Rev. stomat.*, juin 1927, t. XXIX, n° 6).
- BERCHER (F.), CODVELLE et RUPPE (Ch.). — Les adamantinomes. (*Presse Médicale*, samedi 14 novembre 1936).
- BERCHER et WILINSKY. — Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire. - Etat actuel de nos connaissances. (*Revue de stomat.*, 1926).
- BOIDIN et DELVAL. — L'épithélioma adamantin. (*Presse méd.*, 1908, 9 décembre).

- BONNET-ROY. — Anatomie pathologique et histogenèse des tumeurs d'origine dentaire. (*Ann. d'O. R. L.*, 1924).
- BROCA. — Tumeur du maxillaire inférieur constituée par une hypergenèse des éléments dentaires. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1863, 2^e série, IV, p. 233).
- *Traité des tumeurs*, 1869, t. II, p. 35-365, et t. III.
- CAPDEPONNT (C.). — Présentation d'un kyste volumineux du maxillaire inférieur. (*Rev. de stomat.*, Paris, 1908, t. XV, 8, 12).
- COREYLLOS (P.). — Les adamantinomes. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, Paris, 1912, p. 246-334 et 500-540).
- DELATER et BERCHER. — Comment les tumeurs des mâchoires se développent aux dépens d'une embryoplosie épithéliale. (*Contribution à l'étude de l'histogénèse du cancer*, Paris 1923, XII, 252-282).
- *Revue de stomatologie*, Paris, 1922.
- *Revue de stomatologie*, Paris, 1923, t. XXV, 257-284.
- De l'unité pathogénique des tumeurs des mâchoires. Leur place dans la classification du cancer. (*Presse Médicale*, 16 juin 1923).
- DESBONNET et DIDIER. — Kystes paradentaires. (*Journal des sc. méd. de Lille*, n° 24, 12 juin 1924).
- DESPONS et DUBERNARD. — A propos de l'adamantinome. (*Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, mars 1937).
- DIEULAFÉ et HERPPIN. — Maladies des mâchoires.
- DUMAS et CHENOT. — Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur. (*Rev. stom.*, Paris, 1909, XVI, 128-133).
- DUVAL (Mathias). — *Précis d'Hystologie*, p. 522-527.
- FORGUE (E.). — Traitement des tumeurs des mâchoires. (*Gaz. heb. des soc. méd. de Montpellier*, 1891, t. XIII, 229-232).
- FRY et RUPPE. — Pathologie de la bouche et des dents.
- GALLIPE. — Les débris épithéliaux paradentaires, d'après les travaux de MALASSER, Masson, 1911.
- GRIMAUT (René). — Les kystes mandibulaires d'origine dentaire. (*Thèse Nancy*, 1931).

- HARBURGER. — Résection atypique des tumeurs du maxillaire inférieur par les voies naturelles. *Th.*, Paris, 1926.
- HEATH. — Maladies des mâchoires.
- HERBERT. — Transformation d'un kyste uniloculaire en kyste multiloculaire. (*Bull. Soc. Chir.*, 1878).
- HOUPERT (Louis) et TRIER (Pierre). — Les tumeurs des mâchoires d'origine dentaire.
- JACQUES. — Symptomatologie, diagnostic et traitement des kystes paradentaires. (*Congrès Int. d'R. L.*, 1907 - *Refer. Odont.*, 30 octobre 1907).
- Diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. (*Rev. de Chirurgie*, 1919, p. 702).
- JACQUES et MICHEL. — Contribution à l'étude des kystes dentaires du maxillaire supérieur. (*Rev. hebdomadaire de Laryngologie*, 1900, p. 305 et 337).
- LAROYENNE et WERTHEIMER. — Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. (*Lyon chir.*, n° 6, 1920).
- LAUDAIS. — Adamantinomes kystiques; traitement chirurgical. (*Presse médicale*, samedi 25 novembre 1933).
- LERICHE et COTTE. — Classification et pathogénie des tumeurs des mâchoires d'origine dentaire. Enclavomes dentaires. (*Rev. de Chir.*, Paris, 1910, t. XLI, p. 1037-1051).
- LISTER, RICHARD et COHN. — Le kyste dentigène. — Adamantinome en puissance. (*The dental cosmos*, New-York).
- LOMBARD. — Adamantinome kystique. (*Journ. de Médecine et Chirurgie*, Afrique du Nord, Alger, t. XXVII, n° 12, décembre 1924).
- MALASSEZ. — Note sur la pathogénie des kystes maxillaires dit périostiques dentaires. (*Soc. biologie*, 1884, p. 176).
- Sur l'existence d'amas épithéliaux autour de la racine des dents chez l'homme adulte et à l'état normal (débris paradentaires). (*Arch. de physiologie*, 1885, p. 129 et 309).
- Sur la pathogénie des kystes dits folliculaires des mâchoires. (*Soc. de biologie*, 1885, t. II, p. 639-642).
- Sur la structure du gubernaculum dentis. (*Soc. de Biologie*, 1887, p. 417).

- MASSON (P.). — Diagnostics de laboratoire. (*Tr. path. méd.*, Sergent).
- MAUREL (G.). — Etude clinique et chirurgicale des épithéliomas adamantins. (*Semaine dentaire*, 22 et 25 nov. 1925).
- MAYET (H.). — Kyste adamantin du maxillaire supérieur. (Paris chir., 1918, t. X, p. 229).
- MORLET. — Kyste dentifère et adamantinome à dents embryonnaires. (*Presse Médiale*, 23 mai 1925, n° 41).
- OMBRÉDANNE. — Traité de chirurgie le Dentue et Delbet. (*Maladies des mâchoires*, Paris, 1928).
- PEYROZ et MILIAN. — Kyste adamantin du maxillaire inférieur. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1900, t. LXXV, p. 1066).
- PIRCHER. — Le traitement conservateur des adamantinomes. (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, t. CXL, 6 mai 1926).
- RÉCLER (J.). — Contribution à l'étude des tumeurs du maxillaire inférieur. (*Thèse de Montpellier*, 1910).
- RISAK. — Sur l'adamantinome kystique. (*Arch. j. Klin. Chir.*, Berlin, t. CXLIV, mars 1927).
- ROSSERT. — Etude des grands kystes adamantins multiloculaires du maxillaire inférieur. (*Thèse*, Paris, 1929).
- SANTY. — Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur. (*Lyon chirurgical*, 1925, t. XVII, p. 214).
- SANTY et DUNET. — Kyste adamantin uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur avec formations intrakystiques intrapariétales. (*Lyon chirurgical*, n° 1, 1923).
- SCHLOSER. — Sur un cas d'adamantinome. (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 23 juin 1923).
- SORDOILLET. — De quelques tumeurs épithéliales du maxillaire supérieur d'origine alvéolo-dentaire (kystes paradentaires dentifères, épithélioma adamantin. (*Thèse Nancy*, 1906-1907).
- TOPIS. — Etude anatomo-pathologique sur un épithélioma kystique adamantin et malpighien du maxillaire inférieur. La transformation en carcinome. (*Arch. de Médecine de Toulouse*, 1893, p. 277).

VINON et MILHAUD. — Tumeurs des mâchoires à évolution lente. (*Bull. soc. des sc. méd. de Montpellier*, 1921-1923).

WENDRINER. — Tumeurs kystiques des mâchoires. (*Arch. f. Klin. chir. f.* CXLV, 31 mars 1927).

WINTER. — Un cas d'adamantinome. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 27 janvier 1923).

VU:

Nancy, le 22 Juillet 1938.

Le Président de Thèse,
P. JACQUES.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 22 Juillet 1938.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 23 Juillet 1938.

Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	7
<i>Historique</i>	9
<i>Anatomie pathologique</i>	14
<i>Pathogénie</i>	18
<i>Etiologie</i>	21
<i>Symptomatologie</i>	23
<i>Evolution et pronostic</i>	27
<i>Diagnostic</i>	31
<i>Traitement</i>	35
<i>Observations</i>	39
<i>Conclusions</i>	46
<i>Bibliographie</i>	47
